El Embriotomo de Torpin

DOCTOR GUSTAVO RIAÑO ALVAREZ

Jefe de Clínica Obstétrica.

Nos es grato presentar a la primera Convención Nacional de Ginecología y Obstetricia, una comunicación sobre embriotomías practicadas en el Instituto de Protección Materno Infantil, hechas con un aparato inventado por el Profesor Torpin, Director del Medical College of Georgia, quien nos lo envió por intermedio de un antiguo colaborador de esa Entidad, —el doctor Jorge Escamilla—, actualmente al servicio de la Institución que dirige el Profesor Torpin.

Es nuestro deseo recordar a todos los asistentes y por intermedio de ellos a los demás colegas del país, que el Instituto siempre tiene las puertas abiertas para toda iniciativa o experimentación y que espera er útil en sus observaciones a quienes acepten como conejos los resultados obtenidos, en donde por la abundancia de material de obser-

vación se ha podido experimentar.

La embriotomía es una operación destinada a reducir el volumen del feto destruyendo su integridad. Cuando se realiza seccionando integramente la columna vertebral y las partes blandas que la rodean, es decir, dividiendo el feto en dos porciones, toma el nombre de embriotomía raquidea, que la costumbre ha generalizado (1).

Tiene como única indicación absoluta resolver la terminación del parto en caso de situación de hombro abandonada con feto muerto (²), ya que nunca debe titubear un médico en mutilar un feto sin vida a cambio de operaciones no indicadas (³). La embriotomía asegura, de un modo más cierto la integridad del canal del parto.

Es una intervención de urgencia, puesto que la situación de hombro abandonada por sí sola o coexistiendo con una retracción, contractura, tetanización o inminencia de ruptura uterina, constituve una urgencia obstétrica (4).

Es cierto que a medida que la civilización avanza y con ella aumentan las prestaciones sociales y en general la protección médica a la embarazada, propagando la práctica obstétrica, disminuye la frecuencia de la presentación de hombro abandonada, hasta el punto de podérsele titular como rara. En nuestro medio el porcentaje es alto: uno por cada 871 partos y el 66% de ellas corresponde a multíparas que no han creído necesaria la atención obstétrica.

También es cierto que la gravedad de la intervención y la preocupación cada día mayor por conseguir la menor morbilidad materna en la terminación del parto, han hecho perfeccionar los instrumentos, formando una verdadera colección: desde los más peligrosos, hasta los inofensivos, desde los más antiguos, hasta los modernos más eficaces y prácticos, para llevar a cabo hoy día una operación rápida, fácil y que evade los peligros que antes existían, tales como: ruptura traumatica del útero por presión sobre el segmento hiperdistendido; heridas del útero, la vejiga, el recto, etc. (5), por escape del instrumento del lado del materno; desgarros del canal genital por esquirlas óseas; complicaciones generales maternas como infección o shock por exceso de traumatismo obstétrico; peligros para el operador en intervenciones completamente ciegas con instrumentos de filo cortantes, tales como heridas en los dedos, etc. (6). Además de que para practicarlas se requería gran prudencia y habilidad y en muchas ocasiones se necesitaba inmovilizar el feto por tracción de él (7).

APARATO DE TORPIN

Se compone de:

- 1.—Un tubo plástico o de goma por cuyo eje corre un alambre de cobre que hace en una extremidad una argolla y en la otra un gancho (podría ser perfectamente otra pequeña argolla que cupiera dentro de la luz del tubo).
- 2.—Otro tubo de apoyo recto, fuerte, libre en una extremidad y en otra con una base fija que lleva una gotera en su parte interior; su longitud es de 22 centímetros.
 - 3.-Una varilla de 23 cm. de longitud que termina en un gancho romo.
- 4.—Una palanca en forma de T, en cuya parte resistente y cilíndrica, adaptable a la gotera del tubo 2, lleva dos pequeños orificios.
- 5.—Completa el aparato una cuerda de piano $N^{\rm o}$ 20, de una longitud aproximada de 75 cm.; es el alambre de corte; y como accesorio puede servir cualquier clase de alicates.

TÉCNICA

1.—Se asegura el alambre de corte al gancho del conductor y se recubre completamente esta unión con el plástico, para que no quede ninguna punta que pueda herir las partes maternas. Armado de esta manera se le da la forma curva de la concavidad de la mano y con la argolla colocada en la yema del dedo índice o del medio se guía al derredor del cuello fetal, de atrás hacia adelante. Debe usarse como guía la mano de nombre contrario al de la fosa ilíaca en la cual se encuentra la cabeza fetal, sin que influya el que el dorso sea anterior o posterior; es decir, en una acromio-iliaca-izquierda se llevará el conductor con la mano derecha y viceversa.

- 2.—Con el gancho de la varilla recta se alcanza la argolla del conductor por el lado opuesto del cuello fetal al cual se había pasado anteriormente y se saca el conductor fuera de la vulva. Esta varilla recta puede ser reemplazada por un dedo de la mano contraria a la que sirvió de guía, y que se deslice por delante del cuerpo fetal.
- 3.—Retirado el conductor, las dos puntas del alambre se pasan por entre el tubo de apoyo y los dos pequeños orificios del cilindro de la palanca, la cual queda adaptada a la gotera de la base. El vértice del tubo se deja correr hasta el cuello del feto.
- 4.—Dando vueltas a la palanca, la lazada de alambre se va cerrando y practicando el corte. Cuando éste está completo el aparato se siente suelto y libre puesto que no guarda conexión alguna con el feto, parte única sobre la cual se ha maniobrado.

Está pues practicada la embriotomía por decapitación.

5.—Viene en seguida la extracción podálica de la porción inferior del feto y luégo la extracción de la cabeza ayudada por maniobra de Moriceau, forceps o basiotribo. El alumbramiento se verifica en forma común y corriente.

La modificación que hemos hecho a esta técnica consiste.

Después del segundo tiempo, es decir cuando se tiene la lazada de alambre al derredor del cuello fetal pasamos por entre ella hacia el lado del polo cefálico, el brazo procidente y corremos el tubo de apoyo hasta la axila correspondiente a la procidencia y no lo llevamos al cuello, de manera que el alambre queda colocado al feto en forma de banda presidencial. Se continúa la intervención en la forma ya explicada y obtenemos un segmento superior formado por la cabeza unida al brazo procidente. Es decir, no practicamos la decapitación sino el corte en banda presidencial.

OBSERVACIONES:

En nuestras intervenciones usamos distintas anestesias, desde general, hasta en silla de montar, con resultados semejantes y satisfactorios en todos los casos. El éter permitió mayor facilidad en el paso del conductor. Con la anestesia en silla notamos después de la extracción del feto un alumbramiento más fácil. El pentotal no produce buena relajación de la matriz y por lo tanto es incómodo.

Hicimos una decapitación, la primera intervención, cuando conocimos el aparato tal como nos fue enviado, es decir como Decapitador de Torpin; las demás fueron hechas, unas en Banda Presidencial y otras atípicas por errores de técnica. En la decapitación no tuvimos dificultad en la extracción de la cabeza última, pero sí fue de gran utilidad el brazo procidente unido a la cabeza en otras intervenciones hechas con cuello incompletamente dilatado, en las cuales el solo polo cefálico hubiera sido de difícil acceso.

El paso del conductor es fácil pero puede suceder que estando el brazo no procidente extendido contra el polo cefálico se confunda con el cuello fetal de manera que al practicar el corte, éste resulte atípico aun cuando lógicamente sí reúne la finalidad de la embriotomía, disminuír el volumen fetal.

El corte es tan regular que no deja esquirlas y generalmente la sección ósea se cubre por los tejidos blandos en la extracción de los segmentos fetales, de manera que elimina el peligro de lesión en el conducto genital materno.

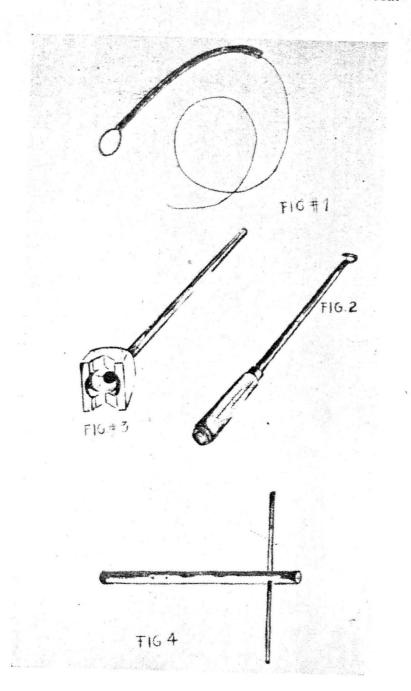
El asa de alambre se va reduciendo hacia el tubo de apoyo que se encunetra en la axila fetal de tal manera que no se hace presión alguna sobre el segmento. uterino distendido, eliminándose el peligro de ruptura o dilaceración uterina, ya que el mismo feto sirve de apoyo.

El corto tiempo que se gasta en la intervención hace que la paciente reciba una mínima cantidad de anestesia y si a ésta le sumamos el escaso traumatismo obstétrico conseguimos la menor predisposición al shock o a la infección de la operada. No tuvimos un caso en que el abandono de la presentación de hombro, a la llegada al Servicio, hubiera producido, ya la ruptura uterina, pero creemos por las anotaciones anteriormente expuestas, que cómodamente mientras dos cirujanos se preparan (5 a 10 minutos) para intervenir por vía abdominal se puede hacer la evacuación del útero por medio de la embriotomía sin peligro de aumentar la solución de continuidad uterina.

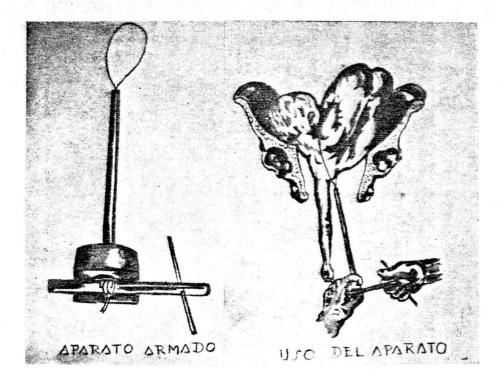
- la—Con el aparato de Torpin la embriotomía raquídea es una intervención segura, fácil, rápida y posible de practicar fuera de los Centros Especializados.
 - 2ª-La intervención no produce ni morbilidad ni mortalidad materna.
- 3ª-Con el aparato de Torpin no se transmite presión alguna al utero; toda se concentra al feto.
- 4ª—La embriotomía raquídea en Banda Presidencial con el aparato de Torpin debe preferirse a cualquier otra intervención de su género.

Historia Nº	Paridad	Clase de Embriotomía	Anestesia	Present.	Duración de la Inter- vención	Alumbra- miento	Resultados	Post Operatorio
1.883 Hospital *	п	Decapitación Técnica Torpin	(Gases) Ciclo 0 ₂	AII Dorso ant.	10'	Extracción manual	Bueno	Normal
2.203 Hospital	ı	Embriotomía Técnica original "Banda presidencial"	Ciclo 02	AII Dorso post.	15′	,,	,,	
2.687 Hospital	11	Embriotomía Técnica original "Banda presidencial"	Eter	AID Dorso post.	15′			
48 Hospital	VIII	Embriotomía Corte atípico	Eter	AII Dorso post.	15′	Simple	.,	,,
3.794 Hospital	IV	Técnica original "Banda presidencial"	Ciclo 02	AII Dorso ant.	10'	**	,,	•
1.366 Hospital	Ш	Técnica original "Banda presidencial"	Anestesia en silla	AII Dorso post.	10′	espontáneo	••	
5.805 Hospital	VII	Técnica original "Banda presidencial"	Pentothal	AID Derso ant.	10'	,,	11	•
01-04702 Clinica 19 de Mayo - I.C.S.S.	II	Corte en "banda" con cuello 4 ctms., em- barazo 6½ meses	Ciclo 02	AII Dorso post.	10'	No hay dato	••	,

^{*} Instituto de Protección Materno-Infantil.



APARATO DE TORPIN



APARATO DE TORPIN

1. Tubo plástico y su alambre. — 2. Varilla con gancho roma. — 3. Tubo de apoyo con base fija. — 4. Palanca en forma de T.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Nubiola-Zárate: "Tratado de Obstetricia". 1951. Tomo I. Página 1.167.
- A. Laffont et F. Durieux: "Encyclopédie Médico Chirurgicale. Obstetrique". 1er. ed. 1934. Página 5.099.
- De Lee—Greenhill: "Principios y práctica de Obstetricia". Octava edición. Tomo II. Página 1.319.
- Hunda Rafael: "Operaciones mutiladoras fetales en el medio hospitalario".
 Tesis de grado 1947. Página 27.
- Berkely y Bonney: "Tratado de Obstetricia de Urgencia". Segunda edición 1917. Página 741.
- 6.—Recasens Girol: "Tratado de Obstetricia". Séptima edición 1949. Página 1.158.
- 7.-L. Dubrisay et C. Jeannin: "Accouchement". Huitieme Edition. 1936. Página 726.
- Estadística del Departamento Obstétrico del Hospital de San Juan de Dios. Archivos de 1952 y 1953.
- 9.—Torpin R.: "Referencia personal por correspondencia".